PRISE EN CHARGE INFIRMIERE INTRA-HOSPITALIERE EN ADDICTOLOGIE

Unité de psychiatrie du Dr JEHEL
Hôpital TENON
Médecin coordinateur ECIMUD : Dr SIGWARD
IDE : marie-laure Massucco

EQUIPE DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE

- ➔Équipe mobile pluridisciplinaire (psychiatre/psychologue/IDE/assistante sociale)
- ➔Favoriser la prise en charge des patients toxicomanes en milieu hospitalier + leur insertion dans le réseau de soins
- ➔Apporter aide, conseil et formation aux professionnels impliqués dans ces prises en charge
- ➔S'inscrire dans les projets liés à l'amélioration des questions de santé publique.

EXEMPLE DE L'AP-HP : L'ECIMUD

- ➔ECIMUD : équipe de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues.
- ➔CREATION : en 1995 dans un contexte de pandémie de sida et d'hépatites virales (principalement chez les toxicomanes).
- ➔ENJEU MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE
- ➔OBJECTIFS : favoriser l'accès aux soins pour les toxicomanes :
  - **prévention** des risques sanitaires liés à l'injection de drogues
  - Prise en charge des toxicomanes dans le **réseau médico-psycho-social**
  - **Sevrage** et traitements de **substitution**
- ➔EVOLUTION : vers le concept plus large des « addictions » (ou conduites addictives) avec ou sans produit.

SPECIFICITES ORIENTATION ECIMUD TENON

➔ RATTACHEE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE

➔ ORIENTATIONS DU SERVICE : psychotraumatisme / crise suicidaire / sevrage/ états limites / troubles bipolaires

➔ TYPE DE PATIENTS : polytoxicomanies sévères ++

- **Psycho-traumatisme** fréquemment associé
- Nombreux sujets présentant une **personnalité de type « limite »**
- Nombreuses consultations concernant **les jeunes et le cannabis**
- **Problèmes d'alcool le plus souvent associés** à l'usage d'autres produits

➔ PATIENTS COMPLEXES ➔ PRISE EN CHARGE

RAPPELS SUR LA TOXICOMANIE

- ➔ TOXICOMANIE : (OMS) « état de dépendance physique, psychique ou les deux, vis à vis d'un produit et s'établissant chez un sujet à la suite de l'utilisation périodique ou continue de celui-ci »

- ➔ ADDICTION : l'idée d'addiction permet de voir la toxicomanie comme un **mécanisme, un fonctionnement dans la relation à « l'objet »** et non plus dans la seule dimension de la pharmaco-dépendance ou du produit.

- ➔ FONCTION DU PRODUIT : **subsitut régulateur, apportant une réponse immédiate aux angoisses** et un effet d'apaisement transitoire (forme d'auto-médication).

- ➔ TROUBLES DE LA PERSONNALITE : leur présence fragilise le sujet face à l'impact des produits dont l'usage peut lui-même induire des troubles de la personnalité et/ou du comportement.

RAPPEL SUR LE PROFIL PSYCHOLOGIQUE DES PERSONNALITES LIMITES ET DEPENDANTES

- NOTION DE DEPENDANCE A L'OBJET :

RELATION QUI NE S'EST PAS ETABLIE DE FACON A PERMETTRE L'INDIVIDUATION, PUIS LA SEPARATION (relation anaclitique)

⇨ RELATION AU PRODUIT DU TOXICOMANE

PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DU SUJET

- ANGOISSE DE PERTE ou de SEPARATION
- IMPU LSIVITE : passage à l'acte +++
- CONDUITES A RISQUE : recherche de sensations (# émotion)
- EVITEMENT DU CONFLIT : angoisse liée au risque de perte induit par le conflit
- CONFRONTATION PERMANENTE AU CADRE ET AUX LIMITES : nécessité d'en éprouver la validité / capacité d'étayage
- DEPRESSIVITE : lutte permanente contre le risque d'effondrement
- RELATION DE DEPENDANCE : à un produit, une conduite ou un individu…

LES CONDUITES ADDICTIVES SONT PARTICULIEREMENT FREQUENTES CHEZ LES SUJETS DE TYPE «LIMITE »

LA FONCTION DU PRODUIT

Objet addictif = « substitut régulateur » procurant l'apaisement (des angoisses ou des pulsions) dans un 1er temps (notion de réponse immédiate), devenant secondairement un facteur aggravant

➔ LA PRISE DE CONCIENCE DE CETTE REALITE ↗ L'ANGOISSE ET ↘ FONCTION D'APAISEMENT

MISSIONS PRINCIPALES IDE ECIMUD

➔ Se répartissent en 3 pôles :

- ENTRETIENS EXTERNES

- HOSPITALISATION (SEVRAGE)

- ACTIVITE DE LIAISON

ENTRETIENS EXTERNES

➔ ACCUEIL + EVALUATION SITUATION ET DEMANDE

(parcours/évènements de vie/réseau soin/insertion/type conso/trbles psy associés…)

➔ ELABORATION PROJET DE SOIN :

apporter un cadre et une structure/établir une relation thérapeutique avec une équipe pluridisciplinaire

➔ PROPOSITION D'UNE COORDINATION DES SOINS ET D'UN SUIVI EN RESEAU :

complémentarité des intervenants/alliance thérapeutique/soutien empathique/évaluation/ avancée du projet de soins

➔ ORIENTATION DU PATIENT :

structure la plus adaptée à sa prise en charge (unité d'hospitalisation/secteur psychiatrique/association/acteurs réseau de santé habituel…)

L'HOSPITALISATION POUR SEVRAGE

➔ NECESSITE D'UN CADRE STRICTEMENT DEFINI+ TEMPS DE PREPARATION AU SEVRAGE :

ne pas répondre à l'injonction d'immédiateté du patient (cf.relation au produit)

➔ CONTRAT DE SEVRAGE :

cadre protecteur+ + (symptômes du patient : impulsivité/angoisse de séparation du produit…)

primitivement vécu comme une contrainte, si l'objectif protecteur en est bien restitué il peut prendre son sens CONTENANT et RASSURANT, permettant l'expérience d'un moment de vie sans prise de produit, de la confiance et d'une possible alliance thérapeutique.

RAPPELS SUR LE CADRE ET LE CONTRAT D'HOSPITALISATION

- FONCTION DU CADRE

  PROTECTION / REASSURRANCE / LIMITES / CONTENANT / ELABORATION ALLIANCE THERAPEUTIQUE / ELABORATION PROJET DE SOINS…

- CONTRAT D'HOSPITALISATION

  CONFIANCE MUTUELLE :

  ▶ CAPACITE A APPORTER DE L'AIDE

  ▶ CAPACITE A ACCEPTER DE LA RECEVOIR (abandon progressif des positions de contrôle)

PRINCIPAUX POINTS DU CONTRAT

➔ REGLES :
- Ne pas introduire de toxiques dans le service
- Ne pas quitter le service
- Pas de contacts avec l'extérieur (visites/téléphone…)
- Absence de négociation des traitements
- inventaire des effets personnels
- Acceptation examens de recherche de toxiques

➔ CONTRAT DATE ET SIGNE EN DEUX EXEMPLAIRES DES ARRIVEE DANS LE SERVICE (notion alliance et confiance réciproque + minimiser les sources de confrontation éventuelles)

➔ TOUJOURS RESTITUER NOTION DE PROTECTION +++

➔ REAJUSTEMENTS POSSIBLES : si besoin en cours d'hospitalisation (évolution/mesures utiles et/ou supportables pour le patient)

LE CHOC DU SEVRAGE

→ SEVRAGE = SEPARATION DU PRODUIT (objet apaisant) = REACTIVATION ANGOISSE DE PERTE (abandon-séparation)

→ MOMENT DE RISQUE DE MISE EN DANGER MAJEURE → RISQUE DE RECHERCHE D'APAISEMENT AMENANT A UN REJET DU CADRE OU UN PASSAGE A L'ACTE IMPULSIF

→ LEGITIMITE +++ DE LA FONCTION PROTECTRICE DU CADRE

→ RISQUE DE MISE EN DANGER MAJEUR = VIGILANCE MAXIMALE DES SOIGNANTS + COHESION EQUIPE

→ ROLE ESSENTIEL IDE DE LIAISON = INTERLOCUTEUR PRIVILEGIE + COORDINATION PRISE EN CHARGE

NOTIONS DE TRAUMATISMES ASSOCIES

- De nombreux patients, suivis pour une problématique addictive, présentent un « vécu traumatique » associé (ancien et/ou récent)
- LE SEVRAGE EST UNE EXPERIENCE TRAUMATIQUE QUI PEUT REACTIVER LE TRAUMA ANTERIEUR: principales conséquences→hyper-vigilance, insomnie, anxiété majeure, flash-backs…➢➢risque de recherche d'apaisement par la re-consommation!
- CES SYMPTOMES SE POTENTIALISENT ALORS AVEC CEUX DU SEVRAGE LUI-MEME ET AUGMENTENT LA SOUFFRANCE DU PATIENT
- ON CONSTATE EGALEMENT QUE DE NOMBREUX SUJETS PRESENTANT UN ESPT UTILISENT LA CONSOMMATION DE PRODUITS PSYCHOTROPES AFIN DE NE PLUS PENSER OU DE S'APAISER

LES CONDUITES MANIPULATOIRES

- TENTATIVES DE CONTRÔLE VISANT A SE RASSURER ET A SE SENTIR A L'ABRI DU DANGER / CLIVAGE
- VERIFICATION DE LA VALIDITE DU CADRE ET DES SOIGNANTS / CAPACITE DE CONTENANCE
- MESURES D'AUTO-PROTECTION / MISE A DISTANCE
- EVITEMENT DU CONFLIT = EVITER LE REJET

REMARQUE :

IL EST ESSENTIEL QUE LE SOIGNANT NE LES PERCOIVENT PAS COMME UNE MANIPULATION PERVERSE, MAIS COMME L'EXPRESSION DES DIFFUCULTES AUXQUELLES LE PATIENT EST CONFRONTE

L'ATTITUDE DU SOIGNANT

- NE PAS REDOUTER D'ETRE VECU COMME LE MAUVAIS OBJET
- RESTITUER AU PATIENT SON FONCTIONNEMENT ET L'AIDER A L'IDENTIFIER ET A EN COMPRENDRE LE SENS / POUVOIR METTRE DES MOTS SUR SA SOUFFRANCE
- NE PAS DEROGER AU CADRE ET AUX LIMITES FIXEES (accepter d'en être le représentant)
- MONTRER AU PATIENT LA FONCTION PROTECTRICE ET NE PAS SE SITUER DANS UNE DIMENSION REPRESSIVE (ne pas répondre à la provocation)
- AIDER LE PATIENT A EXPERIMENTER LE FAIT QU'IL N'EST PAS NECESSAIRE DE PROVOQUER POUR ETRE ENTENDU = EBAUCHE D'UNE RELATION DE CONFIANCE = ALLIANCE THERAPEUTIQUE
- MAINTENIR LA COHESION DE L'EQUIPE

SURVEILLANCE DU SEVRAGE

➔ LE SYNDROME DE SEVRAGE EST PLUS OU MOINS MARQUE EN FONCTION DES PRODUITS

◆SURVEILLANCE FONCTIONS PHYSIOLOGIQUES :

hémodynamique / sommeil / appétit / hydratation / élimination / perturbations neuro-végétatives / tremblements / conscience / douleur…

◆SURVEILLANCE HUMEUR ET COMPORTEMENT :

agitation / anxiété / repli / troubles du sommeil / agressivité / irritabilité / tristesse / confusion…

RELATION D’AIDE ET ACCOMPAGNEMENT

- Observer l’évolution des signes physiques et/ou psychiques liés au sevrage et aborder la question avec le patient si besoin = dépister des signes de détresse majeure, + ou− intervention médicale si besoin
- Aborder la question de la consommation et l’évolution des compulsions quotidiennes
- Proposer des entretiens chaque fois que nécessaire (utiliser la parole comme anxiolytique?)
- Élaborer une relation de confiance permettant au patient de demander de l’aide
- Évoquer clairement toute suspicion de reconsommation
- Repérer avec le patient les moyens qui pourraient l’aider à maintenir l’abstinence
- L’aider à identifier les conduites et résistances qu’il met en place et qui s’avèrent inefficaces

LES PERMISSIONS

- La permission est souvent un moment de risque majeur de re-consommation
- Le patient va être confronté à la difficulté de gérer ses émotions et son rapport à la réalité sans l'aide des produits
- Évoquer clairement ce risque avec le patient
- Le questionner sur son envie ou sa peur de re-consommer : ne pas être dans l'évitement
- Avant le départ en permission voir avec le patient si la réalisation d'un test de recherche de toxiques au retour apparaît comme protecteur / + ou – le réaliser avec son accord
- La sortie en permission peut également réactiver l'angoisse ou certains symptômes (ex : panique, phobie, persécution…)
- Toujours bien évaluer la nécessité d'un accompagnement éventuel

➔DANS TOUS LES CAS, IL EST IMPERATIF DE FAIRE UNE EVALUATION EN RETOUR DE PERMISSION

L'EVALUATION

- Le patient doit être vu dès son retour dans le service
- Réaliser un inventaire des affaires en retour de permission
- La prise des constantes peut initier l'entretien d'évaluation et permet en outre de connaître la FC qui est un bon indicateur du niveau de stress
- L'entretien a pour objectifs d'observer et de dépister des signes éventuels de re-consommation, d'évoquer la question des sollicitations et des produits, d'évaluer le degré d'anxiété et de permettre au patient d'exprimer son « vécu » de la permission
- Consigner les informations recueillies dans la transmission IDE
- Réaliser le test de recherche de toxiques si besoin ou à la demande du patient

INTERET DE L'EVALUATION

- Optimiser la relation de « transparence » et de confiance
- Soutenir le patient en cas de vécu émotionnel difficile
- Éviter l'introduction de toxiques dans le service
- Maintenir la fonction « contenante » et protectrice du cadre hospitalier
- Dépister des signes de détresse éventuels chez le patient

ACCOMPAGNEMENT DURANT L'HOSPITALISATION

➔ ENTRETIENS réguliers avec IDE de liaison en addictologie (relation d'aide/soutien/évaluation/projet post-hospitalisation…)

➔ ACCOMPAGNEMENT hors du service : entretiens informels

➔ OBSERVATION DU VECU DE L'HOSPITALISATION : évaluation des réactions du patient/bénéfices/difficultés spécifiques/…

- adapter les mesures, traitements et soutien en fonction des besoins en temps réel
- coordination des différents intervenants

➔ ORGANISATION DU PROJET DE SORTIE

➔ MAINTIEN DU LIEN SOIGNANT, au-delà de l'hospitalisation (liaisons téléphoniques/consultations externes/ré-hospitalisation…)

ACTIVITE DE LIAISON

- <u>LIAISONS TELEPHONIQUES</u> :

➔ Auprès des **différents acteurs du réseau de soins**, du patient et de son entourage si besoin

➔ **Optimisation de la prise en charge** + limiter la perte d'information

➔ **Évaluation** des problèmes posées + les éventuels dysfonctionnements/ **+ ou – réadaptation du mode de suivi**

➔ **Soutien au processus de soins engagé**

➔ **Liaisons téléphoniques programmées avec le patient en sortie d'hospitalisation** : soutien/dépistage des situations de crise/risque suicidaire/**proposition aide et orientation si besoin**

■ CONSULTATIONS DE LIAISON

➔ Les demandes sont adressées par fax à l'équipe de liaison en addictologie, depuis d'autres unités de soin de l'hôpital, pour des situations requérant un avis spécialisé.

➔ Le plus souvent il s'agit d'un patient hospitalisé pour un problème somatique et présentant des conduites addictives (proposition traitement de substitution, sevrage, diminution des traitements psychotropes, évaluation de la clinique de l'addiction: symptômes/comportements/syndrome de manque/risques/troubles psychiatriques associés ou induits…)

➔ ROLE DE CONSEIL ET D'INFORMATION+++

➔ Possible répétition des consultations durant l'hospitalisation, pour suivi, évaluation et orientation du patient à la sortie si besoin.

■ LIAISONS EXTRA-HOSPITALIERES

➔ l'IDE de liaison en addictologie peut accompagner le patient hors de l'hôpital pour :

→ Départ en post-cure

→ Effectuer des démarches

→ Aller au domicile du patient dans le cadre d'une permission

→ Aller à un rendez-vous extérieur

MISSIONS D'ENSEIGNEMENT, DE RECHERCHE CLINIQUE ET DE PREVENTION

- ➔ Participation à des travaux de recherche clinique
- ➔ Rédaction d'articles scientifiques
- ➔ Groupes de travail thématiques et élaboration de protocoles
- ➔ Formation continue des personnels soignants
- ➔ Formation initiale paramédicale (cours IFSI)
- ➔ Interventions de sensibilisation à l'addictologie lors de salons infirmiers et congrès
- ➔ Participation à des actions de prévention en santé publique (journée mondiale de lutte contre le sida / alcool et grossesse / surconsommation psychotropes chez le sujet âgé…)

Les principales structures d'accueil, de prévention, de soin et de suivi en addictologie

LES STRUCTURES HOSPITALIERES

- EQUIPES DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE :

→ ECIMUD : équipe de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues
→ ELIMUD : équipe de liaison et d'intervention auprès des malades usagers de drogues
→ ELSA : équipe de liaison et de soins en addictologie

- CONSULTATIONS SPECIALISEES EN ADDICTOLOGIE :

elles peuvent être rattachées à différents services en fonction de leurs spécificités

- UNITES D'HOSPITALISATION SPECIALISEES EN ADDICTOLOGIE :

il peut s'agir d'unités spécifiques ou de lits fléchés addictologie au sein d'une unité (ex : hépato-gastro, psychiatrie, médecine interne, pneumologie…)

⇨ le plan gouvernemental quinquennal 2007/2011 dédié aux addictions définit 3 types de stuctures intra-hospitalières :

- niveau I : consultations externes + liaison
- niveau II : cs externes + liaison + hospitalisation spécialisée
- niveau III : cs externes + liaison + hospitalisation spécialisée + recherche et enseignement

LES STRUCTURES DE SOINS EXTRA-HOSPITALIERES AMBULATOIRES

- CSST : centres de soins spécialisés pour toxicomanes → prise en charge et un suivi médical, psychologique, social et éducatif / aide à la réinsertion / accueil / information / orientation / proposition de sevrage / accompagnement sevrage / substitution

- CCAA : centres de cure ambulatoire en alcoologie → assurent le même type de suivi que les CSST, mais dédiés à la problématique alcoolique

⇨ Depuis le 10 mars 2006 une circulaire a défini leur regroupement sous l'appellation de CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) :

⇨ ces centres ont pour obligation une prise en charge polyvalente de toutes dépendances à des substances psycho-actives sans discrimination, mais conserveront une possibilité de spécialisation (toxicomanie ou alcool). Cette circulaire est en attente d'un décret d'application, les centres déjà existants conservent donc pour le moment leur mode de fonctionnement antérieur.

LES STRUCTURES D'HEBERGEMENT THERAPEUTIQUE (1)

- LES POST-CURES : ce sont des structures qui au-delà du sevrage , ont pour vocation d'aider à maintenir et à consolider l'abstinence tout en préparant le retour à une insertion sociale et/ou professionnelle :

➙ CSSTH : centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement (séjours 3 mois à 1 an/patients sevrés ou substitués)

➙ COMMUNAUTES THERAPEUTIQUES : axées principalement sur la vie collective et la réalisation de « tâches » quotidienne permettant le fonctionnement de la communauté (séjours 6 mois à 2 ans/resocialisation)

➙ CLINIQUES A ORIENTATION ADDICTOLOGIE : alcool ou toxicomanie / séjours plus courts : 4 à 6 semaines / différents types d'orientations (médicale/psychologique/éducative/occupationnelle…)

➙ ASSOCIATIONS : souvent issues de regroupement d'anciens consommateurs abstinents ou du milieu caritatif/prise en charge et durée très variables.

LES STRUCTURES D'HEBERGEMENT THERAPEUTIQUE (2)

- HEBERGEMENT D'URGENCE OU DE TRANSITION : accueil de consommateurs dépendants, sevrés ou non en attente d'une prise en charge ou d'un hébergement (sevrage/post-cure/appartement thérapeutique/réinsertion…)

- RESEAU D'APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES RELAIS :
 ré-autonomisation sanitaire et sociale avec suivi post-sevrage (durée contrat 1 an, renouvelable 1 fois)

- RESEAU DE FAMILLES D'ACCUEIL POUR TOXICOMANES : peut se substituer à la post-cure après sevrage (rupture avec l'environnement habituel)

LES STRUCTURES DE PREVENTION ET DE REDUCTION DES RISQUES

- POINTS ECOUTE : prévention des conduites à risque et information

- BOUTIQUES : dispensaires de vie destinés aux usagers les plus désocialisés et/ou précarisés (petite restauration/petits soins infirmiers/douche/laverie/…) → établir un dialogue et diminuer les risques liés aux conditions de vie

- PROGRAMMES D'ECHANGE DE SERINGUES : soit dans des lieux fixes (boutiques/distribox), soit réalisés par des équipes mobiles

⇨ Le décret du 19/12/05 prévoit la création des CARUD : centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques.

- missions : accueil collectifs et individuels / information et conseil / soutien dans l'accès aux soins / aide à l'hygiène et accés aux soins de première nécessité sur place.

LES GROUPES D'AUTO-SUPPORT

Ce sont des groupes d'usagers et d'anciens usagers abstinents qui proposent des programmes en vue de l'abstinence et /ou de son maintien, basés sur les réunions, groupes de parole, le soutien par l'entre-aide et le parrainage. Différents et complémentaires des structures sanitaires et sociales ils permettent à leurs membres d'être en contact à tout moment avec un interlocuteur par téléphone dans une approche non médicalisée et avec une plus grande disponibilité horaire. Les plus connus sont :

- ➞ NARCOTIQUES ANONYMES :

  www.narcotiquesanonymes.org / 01 43 72 12 72

- ➞ ALCOOLIQUES ANONYMES:

  www.alcooliques-anonymes.fr / 0820 32 68 83

CONCLUSION

- ➔ <u>Travail de liaison en addictologie</u> : travail en réseau + coordination des interventions + suivi cohérent + optimisation actions proposées
- ➔ <u>Fonction transversale</u> : auprès d'intervenants pluridisciplinaires
- ➔ <u>Essentiel</u> : éviter perte d'information et défauts de communication/participation à des transmissions orales et écrites entre les différents acteurs

AUGMENTER LA COHESION DES EQUIPES

=

OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE

La problématique addictive est la résultante d'une rencontre entre un produit, une personnalité et un moment socio-culturel, qui en définissent la complexité et réclament une prise en charge pluri-disciplinaire.

(cf. modèle trivarié- C. Olievenstein)

BIBLIOGRAPHIE

- « Psychopathologie des conduites addictives » I.Varescon, 2005-Belin, Paris.
- « Soins infirmiers en troubles de la conduite alimentaire, alcoolismes et toxicomanies : cas cliniques » L.Cicotti/D.Véléa, 2005-Heures de France,Paris.
- « L'infirmière et les toxicomanes » B.Marc/G.Simon, 2002-Masson, Paris.
- « Les conduites de dépendance : dimensions psychopathologiques communes » M.Corcos/M.Flament/Ph.Jeammet, 2003-Masson, Paris.
- « Les addictions » M.Valleur/J-C Matysiak, 2002-Armand Colin, Paris.
- « La vie du toxicomane » C.Olievenstein, 1982-PUF, Paris.
- « Toxicomanie et personnalité » J.Bergeret, 1982-PUF, Paris.

RESSOURCES DOCUMENTAIRES ET INFORMATIONS

- MILDT (mission inter-ministèrielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie) : www.drogues.gouv.fr
- OFDT (observatoire français des drogues et des toxicomanies) : www.ofdt.fr
- INPES (institut national de prévention et d'éducation pour la santé) : www.inpes.sante.fr
- CIRDD (centres d'information régionaux sur les drogues et les dépendances) ⇨ réseau national TOXIBASE : www.toxibase.org
- ANPAA (association nationale de prévention en alcoologie et addictologie) : www.anpaa.asso.fr / 01 42 33 51 04